



Cour III
C-4893/2014

Arrêt du 28 mars 2017

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Vito Valenti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Gilles Miauton,
Lausanne,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, révision (décision du 30 juin 2014).

Faits :**A.**

A.a Le ressortissant portugais A. _____, né en 1959, anciennement manoeuvre/maçon du temps de son activité professionnelle en Suisse, fut mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} novembre 1996 par deux décisions du 9 mars 2000 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI-FR ; OAIE Vol. 1 pces 68 et 70) précédées d'une communication dans ce sens du 25 octobre 1999 (OAIE Vol. 1 pce 58). Cette rente fut allouée à la suite d'un accident du travail en août 1995 (violente douleur lombaire ressentie suite au soulèvement d'une lourde dalle suivie d'un nouvel épisode aigu de lombalgies en décembre 1995 [cf. OAIE Vol. 1 pce 121 p. 1) sur la base principalement des documents suivants (cf. OAIE Vol. 1 pce 167 p. 2) :

- une expertise médicale du 2 mai 1997 signée par le Prof. B. _____, rhumatologue, posant les diagnostics de lombalgies chroniques, troubles somatoformes douloureux et état anxio-dépressif sous-jacent, ne retenant sur un plan purement organique pas d'élément pour expliquer l'incapacité de travail, relevant que le tableau de lombalgies chroniques se compliquait d'une surcharge fonctionnelle avec de nombreux signes de non organicité, notant que l'incapacité de travail était en rapport avec des troubles d'origine psychogène, ne retenant sur le plan somatique pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée (pce 121) avec un complément d'expertise du 29 avril 1999 (suite à consultation) indiquant un excellent état général, ne relevant aucune aggravation de l'état de santé de l'intéressé et aucune modification de l'appréciation du 2 mai 1997 (pce 137),
- une expertise psychiatrique du 7 août 1997, avec des compléments sur dossier des 20 août 1997 et 9 juillet 1999, des Drs C. _____ et D. _____, effectuée au Centre psychosocial de Bulle, posant notamment le diagnostic psychiatrique de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, retenant une incapacité de réaliser une activité professionnelle à 100% depuis août 1995, date de l'apparition des troubles invalidant, relevant une capacité de travail résiduelle nulle, étant peu probable que l'assuré puisse reprendre une quelconque activité dans l'avenir, appréciation confirmée sans réserve dans un complément établi sur dossier du 9 juillet 1999. Le rapport releva des plaintes subjectives somatiques constantes d'intensité variable, une tristesse évoquée liée à la perte de capacités physiques, un état calme,

collaborant, adéquat pendant l'entretien, bien orienté aux trois modes, une appréhension négative de l'avenir, pas de signe évoqué qui parlerait en faveur d'un trouble dépressif, pas de signe de la lignée psychotique, ni phobique, ni obsessionnelle compulsive, pas de signe en faveur d'un trouble grave du caractère, une intelligence paraissant normale, une personne semblant privilégier les voies d'expression somatique pour exprimer sa souffrance psychologique, l'absence d'un état anxio-dépressif car les troubles de l'humeur ne sont pas suffisants pour que l'on puisse conclure à un tel diagnostic, une prise en charge psychiatrique non adaptée à la situation du fait que l'intéressé n'a pas de plainte psychologique mais focalise ses problèmes sur le plan somatique (pces 122, 123, 138),

- un rapport sur la réadaptation professionnelle du 17 décembre 1997 relevant dans la synthèse (un bilan sur les aptitudes et les intérêts n'a pas été effectué) une nette discordance entre le vécu subjectif de la maladie tel que l'intéressé le décrit et les résultats des expertises médicales qui ont été demandées après que l'intéressé s'est annoncé auprès de l'AI (OAIE Vol. 1, pce 28 p. 4 ch. 6.4)
- une évaluation des activités professionnelles et du salaire exigible du 18 décembre 1997 (OAIE Vol. 1 p. 29).

A.b La rente fut reconduite par communication du 12 février 2001 de l'OAI-FR sur la base du questionnaire à l'assuré pour la révision de la rente faisant état d'une non-reprise d'activité lucrative (OAIE Vol. 1 pces 79 et 81) et d'un rapport médical de son médecin traitant du 15 janvier 2001 (OAIE Vol. 1 pce 139).

A.c En avril 2001 l'intéressé retourna au Portugal et son dossier fut repris par l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE Vol. 1 n° 85 et Vol. 2 n°3).

B.

B.a L'OAIE entreprit une révision d'office du droit à la rente en novembre 2005. Un mandat d'expertise rhumatologique et psychiatrique fut confié à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion sans questions particulières précisant le mandat dans le cadre de la révision du droit à la rente (OAIE Vol. 1 pce 99).

B.b Le rapport d'expertise du 9 octobre 2006 (OAIE Vol. 1 pce 145) retint le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites non déficitaires sur troubles statiques et dégénératifs dorso-lombaires et protrusion anamnestique L4-L5 droite (M51.2), et, parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, notamment celui de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques (F68.0), le trouble somatoforme douloureux n'étant plus pertinent selon les experts.

Les experts (Prof. E._____, expert principal, rhumatologie, médecine physique et de réadaptation, Dr F._____, méd. associé psychosomatique, Dr G._____, méd. associé réad. neurologique) conclurent que l'intéressé ne présentait plus les critères requis pour reconnaître une invalidité, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique, et qu'il pouvait exercer toute activité légère et adaptée, l'incapacité pour les travaux lourds étant par contre toujours entière.

Sur le plan somatique l'expertise retint que force était de reconnaître que le socle somatique était toujours aussi discret, que l'examen clinique était superposable à celui mentionné par le Prof. B._____, que les conclusions diagnostiques étaient pratiquement les mêmes de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs mineurs, que le bilan radiologique ne montrait pas d'aggravation des lésions et que l'examen neurologique permettait d'exclure toute atteinte radiculaire (pce OAIE Vol. 1 n° 145).

L'expert psychiatre (Dr F._____) indiqua notamment, après avoir rappelé l'existence en 1996 d'une surcharge psychique (« impression d'une impressionnante surcharge psychogène » selon le Dr H._____) et relevé que l'intéressé n'avait aucune plainte actuelle sur le plan psychique et faisait état d'une parfaite intégration familiale et sociale que « Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, retenu en 1996-1997, qui s'accompagne d'un sentiment de détresse globale, avec conflit émotionnel et problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par les médecins comme la cause essentielle du trouble, n'est plus pertinent actuellement ; en effet, on est aujourd'hui face à un homme sans plainte psychique spontanée, sans signe évoquant un trouble psychopathologique, sans altération notoire de son fonctionnement personnel. Seule la problématique douloureuse est une constante, empêchant toute démarche d'activité. Ainsi, je retiens ici le diagnostic d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, l'expertisé ayant acquis un statut d'invalidé complètement assimilé depuis près de dix ans,

expertisé qui se trouve en équilibre psychique ». Il releva une bonne entente familiale avec une importante solidarité, d'excellentes relations avec la famille élargie, des visites fréquentes à sa mère habitant à quelque 50 km, des plaintes de lombalgies fluctuantes avec blocages récurrents, un suivi médical à 2-3 mois, pas de plaintes psychiques exprimées, l'indication que l'intéressé s'était habitué à ses limitations physiques, une bonne thymie globale, une labilité émotionnelle excessive, aucun signe orientant vers un trouble dépressif, ni un trouble anxieux, psychotique, des traits de dépendance relativement marqués, une certaine immaturité dans la gestion émotionnelle, cependant pas de trouble de la personnalité (OAIE Vol. 1 pce 140 p. 3 et 4). A l'appréciation générale l'expertise nota cependant que l'intéressé était installé depuis 10 ans dans un status d'invalidé et que celui-ci allait vraisemblablement perdurer, qu'il appartenait à la commission AI de juger si cet aspect justifiait la persistance d'une rente, étant entendu que sur le plan médical il n'y avait actuellement plus de critères pour reconnaître une incapacité dans une activité adaptée (OAIE, Vol. 1, p. 12 s.).

B.c A la suite de ce rapport la Dre I. _____, médecine interne, du service médical de l'OAIE, conclut dans un rapport du 31 octobre 2006 à l'absence d'atteintes invalidantes sur les plans rhumatologique et neurologique, à une amélioration sur le plan psychique en raison de la disparition des symptômes psychiques de détresse globale, de conflits émotionnels, et problèmes psycho-sociaux importants, soit à une évolution de santé favorable et à une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} septembre 2006 dans une activité professionnelle adaptée évitant les travaux lourds surchargeant le rachis lombaire (pce OAIE Vol. 1 n° 153).

En procédure d'audition, suite au préavis de suppression de rente, l'intéressé produisit un rapport psychiatrique du Dr J. _____ du 12 février 2007 retenant le diagnostic de névrose dépressive incluse dans le diagnostic de dysthymie, mentionnant un profond sentiment de désespoir de l'intéressé et de révolte face à sa situation, une humeur dépressive, une instabilité émotionnelle manifeste, un niveau élevé d'anxiété, inquiétude, angoisse, des sentiments subjectifs et persistants d'être malade, se traduisant par des manifestations hypocondriaques, un comportement maladif, une tendance à développer des symptômes psychosomatiques, une baisse de l'estime, une attitude de dépendance, de passivité devant les autres. Il conclut à l'inexistence des conditions minimales pour l'exercice d'une activité professionnelle avec un minimum de régularité, soit à une incapacité de travail totale définitive (cf. OAIE Vol. 1 pce n° 151).

Ce diagnostic fut contesté par la Dre I. _____ faisant valoir un état dépressif réactionnel relevant d'une affection fluctuante liée à la procédure de suppression de rente (cf. OAIE Vol. 1 pce n° 154).

B.d Par décision du 12 avril 2007 l'OAIE supprima la rente de l'intéressé avec effet au 1^{er} juin 2007 au motif qu'il avait été constaté qu'il serait de nouveau en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à son état de santé qui lui permettrait de réaliser plus de 60% du gain qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas devenu invalide. La décision indiqua que les documents produits en procédure d'audition ne faisaient pas mention d'autres pathologies que celles déjà examinées lors de l'expertise médicale détaillée du 1^{er} septembre 2006 effectuée à la CCR (pce OAIE Vol. 1 n° 164).

B.e Par arrêt du 1^{er} décembre 2009 le Tribunal de céans annula cependant la décision précitée et renvoya la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle mette en œuvre une nouvelle expertise interdisciplinaire en particulier rhumatologique et psychiatrique. Il releva que la distinction entre le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques peut être extrêmement difficile pour le clinicien, qu'il convenait d'être particulièrement prudent avant de retenir une amélioration notable de l'état de santé basée sur un tel changement de diagnostic, qu'en l'occurrence le nouveau diagnostic retenu n'était pas suffisamment motivé par rapport au précédent et que les experts se contredisaient dans certains passages en constatant que le tableau clinique de l'assuré était fixé depuis plusieurs années sans modification aucune. Il releva que l'on peinait à voir des différences significatives entre les constatations faites par les experts en 1997 et 2006, que l'indication selon laquelle l'intéressé s'était installé dans un cadre d'invalide depuis maintenant plus de dix ans allait à l'encontre d'une amélioration retenue de l'état de santé depuis 1997. Il indiqua également qu'il ne pouvait pas se rallier aux conclusions du Service médical de l'OAIE selon lesquelles les symptômes décrits par le Dr J. _____ seraient uniquement de nature réactionnelle au projet de décision de l'OAIE de suppression de rente et n'entraîneraient pas d'incapacité de travail (C-3430/2007, pce OAIE Vol. 1 n° 167).

C.

C.a Une nouvelle expertise fut sollicitée du Centre d'Expertise Médical (CEMed) à Nyon. Le mandat d'expertise du 7 avril 2010 indiqua les champs d'investigation psychiatrique, neurologique et rhumatologique ainsi que d'éventuels examens complémentaires jugés utiles par les experts et requit

que les médecins se prononcent avec précision sur l'évolution de la capacité de travail dans l'ancienne profession de maçon ainsi que dans des activités de substitution adaptées, dès le 9 mars 2000 (date de la décision d'octroi) au 12 avril 2007 (date de la décision attaquée) et de cette date à ce jour [au jour de l'expertise réalisée]. Le mandat indiqua que les experts devaient motiver et détailler les éventuelles améliorations de l'état de santé et qu'une copie du jugement de ce tribunal leur sera transmise dès l'autorisation de l'assuré reçue. L'envoi précité intervint le 29 avril 2010 (OAIE Vol. 1 pces 170, 174).

Les experts (Dr K._____, psychiatre, Dr L._____, rhumatologue, et Dr M._____, neurologue) retinrent dans leur rapport du 17 décembre 2010, ensuite de leurs examens du 14 juillet 2010, en particulier les diagnostics de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, de surcharge pondérale (73kg/165cm, BMI : 27), de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques de début indéterminé et de dysthymie depuis 2007. Les experts relevèrent que les plaintes de l'intéressé sur le plan rhumatologique n'avaient pas vraiment changé depuis 1995, les douleurs étant énoncées quotidiennes plus ou moins intenses, l'intéressé indiquant cependant s'être habitué aux lombalgies qui ne le gênaient plus beaucoup. Ils relevèrent que l'intéressé ne présentait pas de limitations fonctionnelles en lien avec ses affections psychiatriques, que la dysthymie était une affection légère qui s'inscrivait dans le contexte d'incertitude financière suite à la suppression des prestations d'invalidité, que par ailleurs le seuil diagnostic d'un épisode dépressif majeur n'était pas atteint, qu'il y avait un trouble d'adaptation d'évolution chronique responsable d'une dysthymie (F34.1), et, enfin, que la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) ne justifiait pas une incapacité de travail. Ils conclurent à une capacité de travail de 100% dans des activités adaptées, évitant le port de lourdes charges, les mouvements répétitifs de rotation du tronc ou en flexion-extension ainsi que les positions statiques prolongées en porte-à-faux avec le haut du corps. Ils précisèrent que leur appréciation correspondait à celle de la CRR en 2006. Ils ne développèrent pas les motifs pour lesquels le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant retenu en 1997 n'était plus retenu au profit de celui de majoration de troubles physiques pour des motifs psychologiques depuis 2006.

L'expert psychiatre, Dr K._____, releva à l'anamnèse orientée des plaintes de problèmes de concentration, de mémoire, un ralentissement psychique, d'importantes ruminations. Il ne releva pas d'épisode d'anxiété

paroxystique, ni d'agoraphobie. Il nota de l'anxiété pour des motifs financiers, pas de trouble sous forme d'hallucination, d'idées délirantes, pas de phénomène de déréalisation, de dépersonnalisation, pas de sentiment de culpabilité, mais de dévalorisation. Il indiqua un réveil entre 6 h. 30 et 9 h., des activités occupationnelles, des visites régulières à la mère de l'intéressé vivant à quelque 50 km., une bonne intégration sociale. L'expert psychiatre nota une présentation décontractée, pas de rétrécissement marqué du champs de la pensée sur les douleurs, une orientation normale sur les trois modes, pas de trouble de la vigilance, pas de troubles cognitifs, pas de ralentissement ni d'accélération psychique, pas de fatigue durant et en fin de l'entretien, pas d'élément maniaque ni psychotique, pas d'autres traits psychopathologiques, pas de seuil d'un épisode dépressif majeur mais un trouble d'adaptation d'évolution chronique responsable d'une dysthymie dans un contexte d'incertitude financière. Il ne releva aucun élément objectif confirmant que l'intéressé avait souffert d'un trouble de l'humeur entre 2000 et 2007. Il indiqua que l'assuré n'était pas focalisé sur ses plaintes algiques, les douleurs ne représentant pas la plainte essentielle, mais qu'il existait au premier plan une angoisse, qu'il n'y avait pas de sentiment de détresse ni de souffrance psychique envahissant (pce OAIE Vol. 1 n° 184).

C.b Dans un rapport du 17 janvier 2011 la Dre I. _____, médecine interne, de l'OAIE rappela les objectifs de l'expertise selon l'arrêt du Tribunal de céans de 2009, reprit les conclusions de l'expertise du CEMed et retint une pleine capacité de travail dans une activité de substitution dès le 1^{er} septembre 2006. Elle releva que l'affection d'une suite de symptômes issus d'un état dépressif réactionnel selon le rapport du 12 février 2007 du Dr J. _____ n'était pas une affection médicale significative puisqu'elle était écartée par l'expertise médicale du CEMed qui avait retenu une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, affection non invalidante, ainsi qu'une dysthymie, affection légère sans gravité significative. Elle indiqua que l'anxiété prédominante qui dominait le tableau psychique actuel était liée et réactionnelle principalement à la préoccupation socio-économique, qu'en conséquence l'état de santé de l'assuré s'était amélioré de façon durable sur le plan psychiatrique avec une capacité de travail entière pour une activité professionnelle de substitution dès le 1^{er} septembre 2006, date de l'examen effectué à la CRR comme l'avait constaté le Dr F. _____ en 2006 et nouvellement le Dr K. _____ en 2010 n'ayant pas constaté de psychopathologie invalidante, les douleurs n'étant plus au premier plan, l'assuré n'étant plus focalisé sur ses plaintes algiques, un sentiment de détresse ou de souffrance psychique n'étant pas observé (pce OAIE Vol. 1 n° 187).

C.c Par un projet de décision du 8 février 2011, l'OAIE, se référant à l'expertise médicale du CEMed de Nyon du 14 juillet 2010, à la nouvelle documentation médicale reçue et reprenant les constatations médicales précitées de la Dre I._____, signifia à l'intéressé que c'était à juste titre que sa rente d'invalidité avait été supprimée à compter du 1^{er} juin 2007, que l'exercice d'une activité professionnelle de substitution légère à modérée ne surchargeant pas le rachis lombaire était exigible à 100% dès le 1^{er} septembre 2006 avec une perte de gain de 24%. L'OAIE précisa que sur le plan somatique rhumatologique et neurologique l'état de santé était stationnaire sans évidence d'atteinte neurologique significative, ce qui était déjà le cas en 1997 lors de l'expertise du Prof. B._____ et également lors de l'expertise des 29/31 août 2006 effectuée à la CRR de Sion et que sur le plan psychiatrique le Dr K._____ du CEMed de Nyon n'avait pas constaté de psychopathologie invalidante, seul un trouble de l'humeur ayant été diagnostiqué avec une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques sans critère actuellement présent pour un syndrome douloureux somatoforme persistant, comme l'expert psychiatre de la CRR de Sion dans son expertise du 1^{er} septembre 2006 l'avait déjà constaté (OAIE Vol. 1, pce 188).

C.d L'intéressé contesta ce projet par de nouveaux documents médicaux dont en particulier (OAIE Vol. 1 pces n° 193-195) :

- un rapport du 6 avril 2011 du Dr N._____, orthopédiste, relevant les plaintes de rachialgies dorsales et lombaires basses de type mécanique, de sensation de fatigue douloureuse à l'effort en référence à la colonne dorso-lombaire, d'altération neuro-psychologique, mentionnant à l'examen clinique une rigidité segmentaire de la colonne lombaire basse, une contracture douloureuse des muscles des gouttières vertébrales lombaires, posant le diagnostic de rachialgies lombaires chroniques et invalidantes résultant d'altérations dégénératives des disques et os de la colonne dorsale et lombaire remontant à un accident du travail fin 1995 subi en Suisse, d'aggravation progressive des altérations ostéomioarticulaires consécutives à l'évolution dégénérative postérieure et apparition d'altérations neuropsychologiques aggravées confirmées par des tests psychologiques et des examens clinico-psychiatriques en cours de réalisation, concluant à une incapacité de travail permanente partielle supérieure à 70% eu égard aux atteintes ostéo-articulaires et neuropsychologiques et à une incapacité de travail totale pour toute activité surchargeant la colonne dorso-lombaire,

- un rapport d'examen neuropsychologique du 17 mars 2011 de Mme O. _____, psychologue, rapportant un trouble de l'adaptation (F43.2) avec des perturbations fonctionnelles importantes et une diminution manifeste du niveau de l'efficacité personnelle et professionnelle (degré III), et
- un rapport psychiatrique du Dr J. _____ du 4 avril 2011, faisant état de comportements impulsifs avec agressivité envers lui-même et les tiers, d'aggravation manifeste de l'état clinique, d'une augmentation de la médication antidépressive, anxiolytique et stabilisatrice de l'humeur compromettant l'exercice d'une activité professionnelle avec un minimum de régularité et constance de rendement, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent (englobé sous la rubrique F33) auquel ont été associés des épisodes mineurs ou majeurs de dépression (avec des symptômes parfois de niveau psychotique), retenant un coefficient de dévalorisation permanent de 50% générique ou indifférencié tenant compte de l'âge et de l'état général de l'assuré.

Relativement à ces rapports, la Dre I. _____ de l'OAIE indiqua dans une prise de position du 10 mai 2011 qu'ils ne mentionnaient aucune pathologie nouvelle au niveau somatique mais nécessitaient sur le plan psychique l'avis d'un psychiatre (OAIE Vol. 1 pces n° 193-198).

Dans un rapport du 18 juillet 2011 le Dr P. _____, psychiatre auprès du service médical de l'OAIE, indiqua qu'il n'y avait pas d'argument pour s'écarter des conclusions du rapport d'expertise du CEMed du 17 décembre 2010 au niveau psychiatrique, qu'en l'occurrence le rapport du Dr J. _____ décrivait des signes objectifs superposables à ceux mentionnés dans son précédent rapport du 12 février 2007 tout en modifiant sans motif le diagnostic de dysthymie en trouble dépressif récurrent, que le seul élément nouveau relevé mais ni argumenté ni détaillé était celui de comportement impulsif avec auto et hétéroagressivité qui pouvait être qualifié de réactionnel à la procédure en cours, ne constituant pas une aggravation de l'état de santé (OAIE Vol. 1 pce n° 200).

C.e Par décision du 3 août 2011 l'OAIE confirma la suppression à compter du 1^{er} juin 2007 de la rente d'invalidité versée à l'assuré en reprenant la motivation de son projet de décision complétée de l'indication que la documentation médicale jointe en procédure d'audition confirmait les atteintes à la santé connues et n'apportait pas d'élément nouveau selon son service médical qui avait confirmé ses précédentes conclusions (OAIE Vol. 1 pce n° 201).

D.

D.a Par acte du 20 septembre 2011 l'intéressé interjeta recours contre cette décision concluant au maintien de sa rente entière se référant aux documents médicaux qu'il avait déjà produits (C-5233/2011 pce TAF 1).

Par réponse du 4 avril 2012 l'OAIE proposa son rejet au motif que l'intéressé n'avait pas produit de nouveaux documents permettant d'infirmer les conclusions des expertises médicales effectuées en Suisse en 2006 et 2010. Il releva par ailleurs s'agissant des rapports du Dr J. _____ que les signes objectifs rapportés par ce médecin étaient décrits de façon identique dans ses deux documents et que seul le diagnostic avait changé passant de « dysthymie » à « trouble dépressif récurrent » sans explication et sans argumentaire aucun (C-5233/2011 pce TAF 9).

A l'appui d'une réplique du 2 août 2012 l'intéressé produisit de nouveaux documents médicaux. Il fit ainsi valoir (C-5233/2011, pce TAF 14) :

- une attestation de maladie du 17 juillet 2012 de la Dre Q. _____, spécialisation non précisée, selon laquelle l'intéressé souffrait de rachialgies généralisées, plus accentuées au niveau lombaire, avec paresthésie du membre inférieur droit à la suite d'un accident de travail en 1995, suivi d'un état dépressif débuté en 2007 avec altération de l'humeur, mention était faite d'un accompagnement psychiatrique, d'une médication chronique avec des antalgiques, des AINS et antidépresseurs, avec recours fréquent à des consultations,
- un rapport médical du Dr N. _____ du 16 juillet 2012, reprenant les plaintes et données de l'examen clinique du rapport du 6 avril 2011 complété de l'indication à l'examen d'une radiculopathie de L5 avec traduction clinique et électromyographique, relevant qu'il souffrait d'une pathologie ostéo-articulaire chronique, invalidante et progressive de la colonne lombaire, qui, de par sa chronicité et ses conséquences professionnelles, avait fini par avoir des conséquences neuropsychologiques qui s'aggravaient, notant des hémangiomes vertébraux de D10 et L1, une discopathie de L4-L5 et L5-S1 avec traduction radiculopathique manifeste et des altérations dégénératives de la transition lombo-sacrée rendant difficile une quelconque solution chirurgicale, concluant à une incapacité de travail générale supérieure à 70%, l'incapacité étant absolue dans une activité exigeant le port de charges,

- un rapport du Dr J._____, du 15 juin 2012, faisant état d'un « bouleversement dépressif récurrent » (englobable dans la rubrique F33 de la CIM-10) auquel étaient associés en particulier des épisodes « mineurs » et « majeurs » de maladies dépressives (avec état fonctionnel dépressif, idéation passive ou active de suicide et symptômes parfois de niveau psychotique), comportement phobico-anxieux avec anxiété paroxystique épisodique qui laisse apparaître un comportement neurotico-vital (sur un fond dysthymique de base), avec tendance à la chronicité dans le cadre d'une existence pauvre en gratifications affectives, concluant à une nouvelle expertise pluridisciplinaire effectuée par des médecins autres que les experts étant déjà intervenus,
- un rapport EMG de détection (pas de date indiquée) indiquant une altération de type neurogénique discret et chronique, au niveau des muscles dépendants du myotome de L5 de manière bilatérale – suggérant une atteinte radiculaire lombaire,
- un rapport de tomographie axiale informatisée de la colonne lombosacrée daté du 24 mai 2012 relevant notamment une accentuation de la lordose physiologique en position d'étude avec pincement postérieur en L5-S1, le sacrum se présentant quasiment à l'horizontal, suggérant ainsi l'altération de la statique lombo-sacrée.

D.b Suite à la prise de position du Dr P._____ de l'OAIE, du 15 septembre 2012, relevant qu'il y avait lieu d'éclaircir si effectivement une péjoration de l'état de santé de l'intéressé était intervenue sous forme d'un véritable épisode dépressif se superposant à la dysthymie connue ou s'il s'agissait d'une réaction, de durée limitée, à la suppression de la rente, et proposant d'organiser une expertise psychiatrique en Suisse (OAIE Vol. 1 pce 207), l'OAIE dans sa duplique du 2 octobre 2012 conclut à l'admission partielle du recours et au renvoi du dossier pour instruction complémentaire et nouvelle décision (C-5233/2011, pce TAF 16). Par un rapport complémentaire du 10 décembre 2012 le Dr J._____ confirma les conclusions de son précédent rapport, indiqua l'existence d'un trouble dépressif récurrent (F33.3 selon CIM-10), fit valoir une incapacité permanente partielle de 50% (C-5233/2011, pce TAF 20).

D.c Par arrêt du 16 avril 2013 (C-5233/2011) le Tribunal de céans admit partiellement le recours. Il confirma la nécessité d'une expertise psychiatrique par un expert indépendant, lequel clarifiera en particulier les questions soulevées par le Dr P._____ en lien avec les rapports du Dr

J._____, et sollicita de l'OAIE sur le plan somatique, vu la date d'expertise du CEMed du 17 décembre 2010, de compléter celle-ci d'une prise de position si possible des mêmes experts, à savoir les Drs L._____ et M._____, sur les rapports du Dr N._____ des 6 avril 2011 et 16 juillet 2012 quant à savoir s'il y avait lieu de maintenir les conclusions de leur rapport du 17 décembre 2010 quant à la capacité de travail résiduelle du recourant sur le plan somatique (cf. OAIE vol. 2 pce n° 3 p. 11).

E.

E.a L'OAIE mit en place une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique et psychiatrique par acte du 17 septembre 2013 selon les réquisits de l'arrêt du Tribunal de céans quant aux experts et sollicita de leurs parts une appréciation notamment de l'influence des troubles sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis le 12 février 2001 (date de la dernière décision entrée en force, respectivement de la dernière communication à l'assuré) jusqu'au 3 août 2011 (date de la décision attaquée) et depuis cette date jusqu'[au jour de l'expertise]. Il requit également des experts que l'expertise réponde aux interrogations du Dr P._____ dans sa prise de position du 15 septembre 2012 et s'exprime en particulier sur les rapports du Dr N._____ des 6 avril 2011 et 16 juillet 2012 au regard de savoir s'il y avait lieu de maintenir les conclusions du rapport du 17 décembre 2010 quant à la capacité de travail résiduelle du recourant sur le plan somatique (pce OAIE vol. 2 n° 17 p. 3 s.).

E.b Le rapport d'expertise du CEMed (Dr R._____, psychiatre, Dr M._____, neurologue, Dr L._____, rhumatologue) du 12 février 2014 (consultation des 27 et 28 novembre 2013 ; OAIE Vol. 2 pce 29) rappela notamment les conclusions du rapport d'expertise du 9 octobre 2006 de la CCR (cf. supra B.b) et celles du rapport d'expertise du CEMed du 17 décembre 2010 (cf. supra C.a) reconnaissant à l'intéressé [dès le 1^{er} septembre 2006] et le confirmant une capacité de travail totale dans une activité de substitution adaptée, une activité physique lourde n'étant plus possible, et évoqua l'ensemble des rapports médicaux produits par l'intéressé, dont les derniers rapports du Dr J._____, psychiatre, et du Dr N._____, orthopédiste.

E.b.a Sur le plan de l'anamnèse le rapport indiqua que depuis la précédente expertise l'intéressé n'avait pas repris d'activité professionnelle, qu'à ses dires sa situation médicale était globalement inchangée si ce n'était

que son état dépressif s'était aggravé, qu'il ressentait plus de fourmillements dans le membre inférieur droit et avait plus de lâchages. Des problèmes de santé intercurrents ne furent pas mentionnés, excepté des problèmes de foie. Au niveau des plaintes les cervicalgies furent indiquées persister, devenues néanmoins intermittentes, s'accompagnant d'un manque de force de la main droite et de paresthésies au niveau de cette main. Les lombalgies furent décrites par l'intéressé d'importance inchangée, constantes, se compliquant d'une irradiation douloureuse dans le membre inférieur droit et de phénomènes d'endormissement transitoires de ce membre plus marqués qu'auparavant. L'intéressé fut indiqué ne se sentant aucunement capable de travailler même partiellement dans une activité adaptée mettant en avant un certain nombre de limitations fonctionnelles dont des dorsalgies. Le rapport indiqua les traitements actuels d'AINS, d'antalgiques et de physiothérapie à sec et en piscine sans bénéfice durable. Sur le plan psychique le rapport indiqua que l'intéressé invoquait un énervement facile et des trous de mémoire. A l'anamnèse orientée des plaintes de tristesse moyenne en relation avec les douleurs variables quant à la durée furent évoquées, une baisse de la libido, un bon appétit maintenu, des symptômes de la lignée dépressive sans sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive furent relevés, l'intéressé se voyant comme un homme honnête et respectable. Des symptômes de la lignée anxieuse dont une quinzaine de crises d'angoisse par année furent relevés. Les activités journalières (levée vers 7 h.) furent décrites en relation avec les tâches domestiques (entretien de la maison, préparation des repas seul ou avec son épouse) et quelques travaux au jardin auxquels il participait un peu. S'agissant des loisirs le rapport indiqua que l'intéressé regardait régulièrement la télévision (pas tous les jours), ne lisait pas, n'allait pas sur l'ordinateur, faisait un peu de vélo, les secousses de la route augmentant les douleurs, avait des contacts surtout avec sa famille élargie qu'il voyait régulièrement.

E.b.b Suite à un examen détaillé sur les plans somatique rhumatologique et neurologique (flexion antérieure du tronc sans réaction, distance doigts-sol de 15 cm, indice de Schober 10-14.3 cm, hypertension du rachis dorsolombaire provoquant des lombalgies basses sans irradiation, inclinaison latérales d'amplitude correcte de chaque côté avec indication sur demande de lombalgies peu intenses, rotation du rachis dorsolombaire non limitée déclarée sensible, articulations périphériques sans signe inflammatoire avec mobilité conservée, marches sur la pointe des pieds et talons possible), radiologique (Ct-scan lombaire du 1^{er} novembre 2013: pas de rétrécissement du canal rachidien, pas de compression radiculaire évidente ; IRM lombaire du 31 mai 2013 : Protrusion discale circonférentielle L4-L5,

protrusion discale médiane modérée L5-S1 ; pas de compression radiculaire évidente, pas de canal étroit), les experts retinrent sur le plan neurologique que les plaintes de l'intéressé étaient en tout point superposables à ce qu'elles étaient lors de l'expertise de 2010, soit une persistance de cervicalgies intermittentes se compliquant de troubles sensitivomoteurs au niveau du membre supérieur droit et une persistance de lombalgies constantes se compliquant d'irradiations douloureuses dans le membre inférieur droit avec des phénomènes de lâchage et d'endormissement transitoires du membre inférieur droit. Ils indiquèrent que l'examen clinique avait été complété par un ENMG mais que celui-ci avait été effectué dans des conditions de collaboration insuffisante (mouvements ébauchés ou incomplets). Ils retinrent au status neurologique des éléments totalement atypiques, au bilan électrophysiologique aucune anomalie objectivable et au bilan radiologique aucune anomalie susceptible de représenter une cause de compression radiculaire ou médullaire. Ils indiquèrent qu'en l'absence de toute pathologie clairement identifiable il n'y avait aucune incapacité de travail dans quelque activité que ce soit, y compris même, théoriquement (sans prendre en compte les éléments dégénératifs rachidiens proprement dits), dans l'activité de maçon. Sur le plan rhumatologique les experts indiquèrent que l'anamnèse était comparable à celle de l'expertise de 2010, qu'il n'y avait pas d'élément nouveau, qu'il en allait de même pour les documents radiologiques, ceux-ci montrant certes des troubles dégénératifs du rachis qui avaient déjà été pris en compte dans l'appréciation de 2010. Ils relevèrent que du point de vue objectif il n'y avait pas d'aggravation significative. En conclusion, sur le plan somatique, ils notèrent que l'on pouvait retenir des limitations pour les activités physiquement lourdes en raison des discopathies et que pour cette raison la poursuite de l'activité de maçon était contre-indiquée mais que par contre les troubles statiques et dégénératifs du rachis étaient compatibles avec une activité professionnelle adaptée et cela avec une capacité de travail entière. Le rapport d'expertise ne discuta pas les rapports médicaux du Dr N. _____ des 6 avril 2011 et 6 juillet 2012.

E.b.c Sur le plan psychique le rapport d'experts nota une bonne présentation, une impression appropriée par rapport à son âge et contexte social, une présence sans retrait ni prostrée, pas de maniérisme. Il releva un contact normal, des pleurs à deux reprises (d'une manière pouvant être décrite comme démonstrative) à l'évocation du refus de l'AI et d'idées suicidaires. Le rapport releva un ralentissement psychomoteur d'intensité légère sans perturbation qualitative de la psychomotricité ni mouvements anormaux, un status vigilant sans déficit attentionnel durant les deux heures d'entretien (position assise sans changement de position), un status orienté aux

quatre modes, pas de troubles de la mémoire à court ni à long terme, un raisonnement et un jugement sans particularité. Le rapport ne releva pas de ruminations, d'obsessions, de fabulations, d'idées délirantes, de signes indirects d'hallucinations, de déficit émotionnel, de labilité émotionnelle, d'hyperémotivité, d'agressivité pathologique. Il indiqua une humeur modérément dépressive, l'intéressé paraissant triste, abattu. Le rapport retint le diagnostic de dysthymie, de trouble panique (anxiété épisodique paroxysmique), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Le rapport releva que le psychiatre traitant de l'expertisé, le Dr J. _____, avait posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent atteignant parfois une intensité sévère avec symptômes psychotiques sans que ces symptômes soient détaillés, de trouble panique, et de dysthymie, qu'en l'occurrence le diagnostic de dysthymie avait été modifié en trouble dépressif récurrent atteignant une intensité estimée sévère avec des symptômes psychotiques sans que des arguments cliniques convaincants aient été apportés et que d'après les pièces au dossier l'expertisé n'avait jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique, ce qui était surprenant lors d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

E.b.d Le rapport releva une compliance médicamenteuse vraisemblablement partielle (traitement qualifié de lourd) en ce qui concerne les antidépresseurs. S'agissant des antalgiques le rapport indiqua : « le Tramadol® est prescrit à dose de trois fois 50 mg par jour, la compliance à cet antalgique majeur est donc nulle, ce qui jette un doute sur les plaintes douloureuses [incise en gras dans le texte], ce d'autant que les deux autres analgésiques, soit Voltarene® et Adalgur®, n'ont pas été pris depuis une semaine pour le premier et deux semaines pour le second » (OAIE Vol. 2 pce 29 p. 17 s.).

E.b.e En résumé le rapport retint le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec discopathies (1995) et les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de cervico-brachialgies et lombosciatalgies droites sans substrat somatique objectivable avec des troubles sensitivomoteurs atypiques (présents depuis 1995), surcharges pondérale, status après cure chirurgicale de varices au membre inférieur gauche en 1991, dysthymie (F34.1) depuis 2007, trouble panique (F41.0) selon l'anamnèse présent depuis 1995, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis au moins 1997.

S'agissant des limitations fonctionnelles objectives de l'intéressé, les experts retinrent sur le plan somatique qu'en raison des discopathies les

charges physiques importantes pour le dos étaient contre-indiquées, que l'activité ne devrait pas comporter le port de charges de plus de 20 kg ou le port répétitif de charges de plus de 10 kg ainsi que les mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc ou des statiques prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux. Ils ne retinrent pas de limitation au plan psychique. Ils précisèrent que la capacité de travail ne s'était pas modifiée depuis l'expertise du Prof. B. _____ de 1997, à savoir que dans toute activité respectant les limitations décrites la capacité de travail était préservée et que la capacité de travail allait rester complète à moins que les troubles dégénératifs découvertés constatés au bilan radiologique ne s'aggravent significativement. Ils précisèrent également qu'il n'y avait aucune incapacité dans les activités de substitution.

E.b.f Enfin, répondant aux questions soulevées par le Dr P. _____ dans sa prise de position du 15 septembre 2012 de savoir s'il existait effectivement une péjoration sous forme d'un véritable épisode dépressif se superposant à la dysthymie connue ou s'il s'agissait d'une réaction de durée limitée à la suppression de rente et à des facteurs ne relevant pas de la maladie, comme un environnement pauvre en gratifications et des conflits relationnels, le rapport répondit par la négative. Il précisa que « notre examen psychiatrique est superposable à ceux de nos confrères en 2006 et 2010, hormis le constat d'une humeur modérément dépressive et d'un léger ralentissement psychomoteur. (...). A l'anamnèse, l'état thymique ne s'est pas drastiquement péjoré depuis l'expertise psychiatrique de 2010 (aucune hospitalisation en milieu psychiatrique, aucun épisode clairement délimité). Nous ne retenons pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent en plus de la dysthymie déjà diagnostiquée par le Dr K. _____ et le psychiatre traitant de Monsieur A. _____ » (OAIE Vol. 2 pce 29 p. 22).

F.

Invitée à se déterminer sur l'expertise du CEMed du 12 février 2014 sous l'angle somatique, la Dre I. _____, médecine interne, de l'OAIE, reprit dans son rapport du 6 mars 2014 les diagnostics retenus par les experts (cf. supra E.b.e) et retint, indiquant un status stabilisé, une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 0% dans une activité de substitution dès le 1^{er} septembre 2006. Dans ce rapport elle reprit en détail les constatations du rapport CEMed 2014 qu'elle compara avec les expertises précédentes et qu'elle mit en relation avec les rapports médicaux du Dr N. _____ des 6 avril 2011 et 16 juillet 2012, analyse qu'elle indiqua que les experts du CEMed n'avait pas effectuée sans que cela soit déterminant du fait que ces rapports n'avaient pas apporté d'élément significatif supplémentaire à l'exercice d'une activité professionnelle de substitution.

Elle releva que l'expertise CEMed 2014 était détaillée, complète et probante, l'expertise arrivait aux mêmes conclusions que l'expertise CEMed 2010 avec l'absence d'atteinte neurologique significative et une atteinte cervico-lombaire modérée, sans limitation fonctionnelle significative, pour laquelle une activité professionnelle adaptée avait toujours été possible sur le plan somatique (OAIE Vol. 2 pce 37).

Par acte du 7 mars 2014 l'intéressé communiqua à l'OAIE ne pas exercer ni n'avoir repris une activité lucrative depuis le 8 mai 2007 (OAIE Vol. 2 pce 36).

Dans un rapport du 5 avril 2014 le Dr P._____, psychiatre, confirma la capacité de travail retenue par la Dre I._____, retenant les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1) depuis 2007, trouble panique (F41.0) selon anamnèse depuis 1995 et de majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0) depuis au moins 1997. Il indiqua que l'expertise CEMed de 2014 exposait clairement les éléments permettant de poser les diagnostics et discutait les motifs de divergence avec le psychiatre traitant de l'assuré, que l'expertise était probante et qu'il n'y avait pas de motifs de s'écarter de ses conclusions, l'état de l'assuré étant stabilisé depuis 2006 (OAIE Vol. 2 pce 39).

G.

L'OAIE effectua une évaluation de l'invalidité économique de l'assuré en date du 24 avril 2014. Il retint une capacité de travail totale dans plusieurs activités adaptées légères depuis le 1^{er} septembre 2006, relevant qu'à cette époque l'intéressé avait alors 47 ans et était au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis 10 ans de sorte que les chances pour lui d'exploiter sa capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré étaient réalistes. Il en résulta une perte de gain de 28.18% dès le 1^{er} septembre 2006, soit un taux n'ouvrant plus le droit à une rente d'invalidité (OAIE Vol. 2 pce 41).

H.

Par projet de décision du 25 avril 2014 suivi d'une décision du 30 juin 2014 l'OAIE fit état des constatations des derniers rapports d'expertise médicale par rapport aux premiers et indiqua que c'était à juste titre que la rente d'invalidité avait été supprimée à partir du 1^{er} juin 2007. Il indiqua notamment que l'expertise effectuée auprès du CEMed les 27 et 28 novembre 2013 indiquait que les conclusions du rapport d'expertise du 17 décembre 2010 restaient entièrement valides et qu'il n'y avait pas lieu de les modifier,

aucun élément nouveau n'étant apparu lors du bilan de la dernière expertise et sur la base des examens pratiqués dans l'intervalle au Portugal, qu'en effet l'état de santé de l'intéressé était superposable à ce qui avait été mis en évidence dans les rapports d'expertise des 1^{er} septembre 2006 et 17 octobre 2010 (OAIE Vol. 2 pces 42 s.).

I.

Par acte du 2 septembre 2014, l'intéressé, représenté par Me G. Miauton, interjeta recours contre ladite décision, concluant à l'annulation, respectivement à la réformation de la décision attaquée en ce sens de continuer de bénéficier d'une rente entière sans limitation dans le temps et au-delà du 1^{er} juin 2007. Il requit l'assistance judiciaire (pce TAF 1).

Dans son recours l'intéressé fit valoir s'être soumis à une évaluation neuropsychologique du Prof. S. _____ à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de X. _____, indiquée par son psychiatre le Dr J. _____, laquelle avait confirmé les difficultés dont il souffrait, telles qu'elles ressortaient du rapport clinico-psychiatrique du 10 décembre 2012 du Dr J. _____. Il releva que les constatations faites par le Dr R. _____ du CEMed étaient diamétralement opposées à celles du Prof. S. _____. Il releva que le Dr R. _____, contrairement à l'injonction du Tribunal de céans, n'avait pas clarifié la problématique des questions soulevées par les Drs P. _____ et J. _____ s'agissant du comportement impulsif avec auto et hétéro-agressivité qu'il aurait développé, qu'en l'occurrence on ne savait pas si cet état était simplement réactionnel à la procédure en cours ou s'il constituait effectivement une aggravation de la situation médicale, d'où la nécessité d'admettre le recours. Il nota que ses plaintes étaient diversement prises en compte et avaient donné lieu à des appréciations contradictoires ne permettant pas à l'autorité intimée de prendre une décision. Il nota que les experts perdaient de vue ses douleurs mais que sa médication en témoignait. Il indiqua que les experts avaient retenu que son état thymique ne s'était pas drastiquement péjoré, formulation négative pour exprimer l'inverse, ce qui constituait un fait nouveau qui aurait dû amener les experts à modifier leurs conclusions. Enfin il nota que le nouveau rapport d'expertise n'avait pas complété le précédent mais seulement confirmé ce dernier. Il joignit à son recours en tant que nouveau document le rapport d'examen neuropsychologique du Prof. S. _____ du 31 juillet 2014 avec une traduction en français (pce TAF 1).

J.

Par réponse au recours du 16 octobre 2014, l'OAIE proposa son rejet. Il releva que selon l'expertise médicale établie le 12 février 2014, qui avait

pleine valeur probante, sur le plan somatique, suite à l'expertise précitée qui exclut une atteinte neurologique significative et qui confirme les conclusions de l'expertise CEMed 2010 ainsi que celle de l'expertise CRR 2006, l'assuré présente une capacité de travail entière pour une activité professionnelle de substitution adaptée. Sur le plan psychiatrique, il indiqua que l'état de santé de l'assuré était stabilisé depuis 2006 selon l'appréciation du 5 avril 2014 de son service médical. Il précisa qu'en l'occurrence l'intéressé aurait pu et pourrait exercer des activités de substitution légères à 100% telles que celles spécifiées dans l'annexe II à la prise de position du 31 octobre 2006 respectueuses des limitations fonctionnelles décrites et reprises dans la décision attaquée avec un préjudice économique de 28%. Il indiqua notamment que le Prof. S. _____, psychologue, n'avait pas fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (pce TAF 5).

K.

Par décision incidente du 25 février 2015 le Tribunal de céans, après divers actes et requêtes de compléments, rejeta la demande d'assistance judiciaire, faute de pièces requises produites (pce TAF 11) et requit par décision incidente du 13 avril 2015 une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, montant dont l'intéressé s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 13-15).

L.

Par ordonnance du 28 avril 2015 le Tribunal de céans invita l'intéressé à répliquer. Ce dernier répondit n'avoir pas d'observations à formuler, l'autorité inférieure n'ayant apporté aucun élément nouveau, se bornant à conclure au rejet du recours sans répondre aux arguments développés dans celui-ci (pce TAF 17). Par ordonnance du 4 juin 2015 le Tribunal de céans mit un terme à l'échange des écritures (pce TAF 18).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin

1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile dans le délai de 30 jours à compter de la notification de la décision attaquée, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été acquittée, le recours est recevable.

2.

2.1 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel la législation applicable est en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références; voir ég. ATF 139 V 297 consid. 2.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2.1).

2.2 Dans le domaine de l'assurance-invalidité, des modifications législatives sont dernièrement entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129, FF 2005 4215) et le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Concrètement, le droit du recourant à une rente d'invalidité est déterminé pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 selon les règles alors en

vigueur, pour la période suivante selon les règles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 et ensuite selon les règles en vigueur à compter du 1^{er} décembre 2012 (application pro rata temporis; ATF 130 V 445; voir aussi arrêt du TF 8C_879/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Il sied toutefois de relever que l'évaluation de l'invalidité n'a pas donné lieu à une modification de la législation depuis la décision initiale à prendre en compte dans la présente affaire du 12 avril 2007.

3.

3.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est ressortissant portugais domicilié au Portugal. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1^{er} juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1^{er} al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

3.2 Jusqu'au 31 mars 2012, les parties contractantes appliquaient entre elles le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1, RO 2004 121 ; ci-après règlement n° 1408/71). Une décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II ALCP avec effet au 1^{er} avril 2012 en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1; ci-après: règlement n° 883/2004). Le règlement n° 883/2004 – qui a donc remplacé le règlement n° 1408/71 – n'ouvre toutefois aucun droit pour la période antérieure à la date de son application (ATF 140 V 98 consid. 5.1; 138 V 392 consid. 4.1.3). En l'occurrence, compte tenu de la période litigieuse (cf. consid. 2.1 ci-dessus), le litige doit être tranché sous l'angle des deux règlements précités (cf. ATF 140 V 98 consid. 5.1). Il n'y a cependant in casu pas de différence matérielle réglementaire.

3.3 Selon l'art. 4 du règlement 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71 – auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 – contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

3.4 Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Toutefois, certaines dispositions de conventions de sécurité sociale que les États membres ont conclues avant la date d'application du présent règlement restent applicables, pour autant notamment qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires (art. 8 du règlement n° 883/ 2004) et que ceux-ci aient exercé leur droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP (ATF 133 V 329 consid. 8.6). Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse. En effet selon l'art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 une décision prise par l'institution d'un Etat membre quant au degré d'invalidité de l'intéressé s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné à condition que la concordance des conditions relatives au degré d'invalidité entre les législations de ces Etats membres soit reconnue à l'annexe VII dudit règlement. Or tel n'est pas le cas entre la Suisse et les autres Etats membres (cf. ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.5 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

4.

4.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (art. 43 LPGGA). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, *Droit administratif*, vol. II, 3^e éd. 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, 2013, n° 176; FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, *Droit suisse de la sécurité sociale II*, 2015, p. 499). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (cf. ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGGA).

4.2 Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recouru (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATF 116 V 245 consid. 1a).

5.

L'objet du présent recours est le bien-fondé de la décision attaquée de l'OAIE du 30 juin 2014 – suite à l'arrêt du Tribunal de céans C-5233/2011 du 16 avril 2013 qui avait requis un complément d'instruction suite à un précédent renvoi (cause C-3430/2007) – ayant confirmé la suppression du droit à une rente entière d'invalidité versée à l'intéressé depuis le 1^{er} novembre 1996 au motif que l'assuré aurait recouvré depuis le 1^{er} septembre 2006 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée légère fondant la suppression de son droit à une rente entière à compter du 1^{er} juin 2007 telle qu'établi par décision du 12 avril 2007 à laquelle remonte la présente affaire.

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

6.2 La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2008, respectivement selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa version en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

6.3 En principe, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI).

Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 3.1), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; arrêt du TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 1.2; art. 4 et 7 du règlement 883/04).

7.

7.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux

d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (art. 16 LPGA ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2060 ss). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

7.2 Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

8.

8.1 La loi attribue à l'administration la tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire (art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA) de façon correcte et complète de sorte que, fondée sur les faits établis, la décision quant aux prestations à allouer puisse être prise. S'agissant de l'assurance-invalidité ces tâches sont de la compétence de l'office de l'assurance-invalidité compétent *ratione loci* (Office AI, art. 54-56 en relation avec l'art. 57 al. 1 let. c-g LAI). S'agissant des données médicales propres à l'évaluation de l'invalidité (art. 16 LPGA et art. 28 ss LAI), l'office AI peut s'appuyer – à côté du Service médical régional (SMR ; art. 59 al. 2 et 2^{bis} LAI), des rapports des médecins traitants (art. 28 al. 3 LPGA), des rapports d'experts externes (art. 59 al. 3 LAI) – sur les centres d'observation médicale et professionnelle (COMAI, COPAI ; art. 59 al. 3 LAI). Voir ég. VALTERIO, *op. cit.*, n° 2595 ss.

Selon l'art. 59 al. 2 et 2^{bis} LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6

LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins d'un service médical régional doivent, comme tout expert, disposer des compétences professionnelles nécessaires (VALTERIO, op. cit., n° 2596). Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts médicaux quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise (cf. arrêts du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Fondé sur les données de son service médical, l'office AI doit déterminer le droit aux prestations. Ceci présuppose que lesdites données satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3).

8.2 Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations, respectivement une révision. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; VALTERIO, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les

médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1; VALTERIO, op. cit. n° 2920).

Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

8.3 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. VALTERIO, op. cit. n° 2912). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3, 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait

que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi les arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

8.4 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. GABRIELA RIEMER-KAFKA [Edit.], *Expertises en médecine des assurances*, 2^e éd. 2012, p. 28 ss).

Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb, arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2^{bis} LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

Quant aux rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (cf. ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

8.5 Dans le domaine des assurances sociales, l'administration, et le cas échéant le Tribunal, fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ainsi que les références). Le cas échéant, le Tribunal – et l'administration – peut renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 III 425 consid. 2.1, 125 I 127 consid. 6c/cc in fine; arrêts du Tribunal fédéral 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.2, 9C_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.2 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3^e éd. 2015, art. 42 n° 30 p. 561).

9.

9.1 Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 130 V 396).

9.2 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 130 V 396 consid. 6.3, ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Une ex-

expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux (CIM-10 F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). Les experts doivent justifier le diagnostic de telle manière que l'administration puisse vérifier que les critères diagnostics ont été observés. En particulier l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Le diagnostic de syndrome douloureux persistant suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les critères d'exclusion de ce diagnostic doivent en outre être pris en considération par les médecins (ATF 141 V 281 consid. 2). C'est aussi valable pour les pathologies similaires telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

10.

10.1 Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du TF I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; VALTERIO, op. cit., n° 3054 ss, 3065).

10.2 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

10.3 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur

la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; VALTERIO, op. cit., n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêts du TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

10.4 Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 125 V 369 consid. 2; 112 V 372 consid. 2). Les communications - au sens de l'art. 74^{ter} let. f RAI - peuvent servir de base de comparaison dans le temps que si elles résultent d'un examen matériel du droit (cf. arrêts TF 9C_622/2015 du 9 mars 2016 consid. 3.2, 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1, in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

10.5 L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (cf. l'arrêt du TF I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; VALTERIO, op. cit., n° 3085). L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

11.

11.1 En l'espèce l'OAIE fonde sa décision du 30 juin 2014 essentiellement sur l'expertise du CEMed du 14 février 2014, résumant les constatations faites sur les plans rhumatologique, neurologique et psychiatrique, indiquant que les conclusions du rapport d'expertise du 17 décembre 2010

restaient entièrement valables et qu'il n'y avait pas lieu de les modifier, aucun élément nouveau n'étant apparu lors du bilan de la dernière expertise et sur la base des examens pratiqués dans l'intervalle au Portugal, appréciation reprise et complétée par la Dre I. _____ et le Dr P. _____ de l'OAIE, qu'en l'occurrence l'état de santé de l'intéressé était superposable à ce qui avait été mis en évidence dans les rapports d'expertise des 1^{er} septembre 2006 et 17 octobre 2010, que si l'intéressé ne pouvait plus exercer de travaux lourds sa capacité de travail pour des activités légères adaptées était de 100% depuis le 1^{er} septembre 2006 entraînant un préjudice économique de 28% n'ouvrant plus le droit à l'octroi d'une rente d'invalidité. En d'autres termes la décision du 30 juin 2014 confirme l'existence d'une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré au 1^{er} septembre 2006 par rapport à l'état de santé de l'assuré ayant motivé l'octroi de sa rente entière à compter du 1^{er} novembre 1996 permettant la suppression de la rente en application de l'art. 17 LPGA à partir du 1^{er} juin 2007. Est dès lors déterminante dans le cadre de la présente affaire l'existence ou non d'une amélioration de santé entre le moment de l'octroi de la rente entière par décision du 9 mars 2000 rétroactivement au 1^{er} novembre 1996, sur la base de l'expertise du 2 mai 1997 et de ses compléments de 1999, et les constatations faites à la base du rapport d'expertise du 9 octobre 2006, confirmées par les rapports d'expertise subséquents de 2010 et 2014. La communication de reconduction de rente du 12 février 2001 ne peut être retenue comme point de comparaison, celle-ci n'ayant pas fait l'objet d'investigations poussées (cf. supra consid. 10.4).

11.2 A l'encontre de la décision dont est recours le recourant conteste toute amélioration de son état de santé et que l'expertise du CEMed 2014 ait apporté la clarification demandée. Il fait valoir des rapports psychiatriques et psychologiques du Dr J. _____ et du Prof. S. _____ aux conclusions opposées à celles du CEMed. Il indique que le Prof. S. _____ avait relevé une dépréciation des processus d'attention soutenue, des traits de personnalité psychopathologiques, des problèmes psychologiques « élevés », une forte souffrance personnelle, des difficultés dans le rappel immédiat. Il relève que le Dr R. _____, contrairement à l'injonction du Tribunal de céans, n'a pas clarifié la problématique des questions soulevées par le Dr P. _____ en lien avec les rapports du Dr J. _____ s'agissant du comportement impulsif avec auto et hétéro-agressivité qu'il aurait développé, qu'en l'occurrence on ne savait pas si cet état était simplement réactionnel à la procédure en cours ou s'il constituait effectivement une aggravation de la situation médicale. Il relève que ses plaintes diversement appréciées ne permettent pas à l'autorité intimée de se déterminer, que les experts avaient perdu de vue ses douleurs mais que sa médication en témoignait,

que les experts avaient retenu que son état thymique ne s'était pas drastiquement péjoré, formulation négative pour exprimer l'inverse, ce qui constituait un fait nouveau ayant dû amener les experts à modifier leurs conclusions, enfin que le nouveau rapport d'expertise n'avait pas complété le précédent, mais seulement confirmé ce dernier.

11.3 Il appert du litige remontant à la décision de suppression de rente du 12 avril 2007 qu'il doit être vérifié en un premier temps si effectivement il peut être retenu une amélioration de l'état de santé du recourant à la date de l'expertise de 2006 par rapport à l'état de santé retenu dans l'expertise de 1997, respectivement des compléments de 1999, laquelle amélioration doit être notable selon l'art. 17 LPGA, ce qui exclut une appréciation différente ou plus favorable d'une atteinte à la santé restée inchangée (cf. supra consid. 10.1 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; I 574/02 consid. 3.3, 3.4 ; UELI KIESER, ATSG Kommentar, 3^e éd. 2015, art. 17 n° 28), et, si tel est le cas, si l'amélioration de santé constatée en 2006 peut être confirmée par les expertises de 2010 et de 2014. Pour le cas où une amélioration de santé ne pourrait être confirmée à la date de l'expertise de 2006 il conviendra d'examiner si une amélioration de l'état de santé peut être retenue aux dates des expertises de 2010 et 2014 permettant une suppression de rente à la suite de ces expertises.

12.

12.1 Comme l'a relevé l'arrêt du Tribunal de céans C-3430/2007 au consid. 6.5, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 1996 par deux décisions datées du 9 mars 2000. Lors d'une première procédure de révision, l'OAI-FR, par communication du 12 février 2001, a informé le recourant que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Cette communication, on l'a vu, n'est pas déterminante (cf. supra consid. 10.4).

12.2 Se fondant notamment sur l'expertise médicale du 2 mai 1997 établie par le Prof. B._____ avec son complément (après consultation) du 29 avril 1999 et l'expertise psychiatrique du 7 août 1997 effectuée par les Drs C._____ et D._____ avec ses compléments (sur dossier sans consultation) des 20 août 1997 et 9 juillet 1999, il appert que, pour l'essentiel, l'OAI-FR a reconnu une incapacité de travail entière à l'assuré tant dans son activité antérieure que dans une activité légère de substitution sur la base du diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Au plan somatique le Prof. B._____ retint le diagnostic de lombalgies chroniques, de trouble somatoforme douloureux, d'état anxio-dépressif sous-

jacent, d'incapacité de travail pour troubles d'origine psychogène. Il fut cependant relevé que d'un point de vue strictement somatique, selon le Prof. B. _____, l'intéressé aurait pu exercer une activité adaptée à plein temps avec un rendement diminué de 10%, qu'il n'y avait pas d'élément organique à retenir permettant d'expliquer l'incapacité de travail actuelle. L'expertise médicale de 1997 releva sur le plan psychiatrique que mise à part une tristesse et une appréhension négative de son avenir l'assuré n'évoquait pas d'autres signes qui parleraient en faveur d'un trouble dépressif, qu'il ne présentait pas de signe de la lignée psychotique, ni phobique, ni obsessionnelle compulsive, ni de signe parlant en faveur de troubles graves du caractère, qu'il exprimait peu de souffrance psychologique, que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant pouvait être confirmé mais non un état anxio-dépressif car les troubles de l'humeur présentés par le patient n'étaient pas suffisants pour conclure à un tel diagnostic. Il sied de relever que les experts notèrent qu'il paraissait peu probable que l'assuré puisse reprendre une quelconque activité dans l'avenir (OAIE, Vol. 1 pce 122 p. 5 s.). Dans un complément du 9 juillet 1999, deux ans après le rapport du 20 août 1997, les Drs C. _____ et D. _____ firent état, sur dossier, de souffrance et de sentiment de détresse sur lesquels ils n'avaient pas eu de doute (OAIE Vol. 1 pce 138). Ce complément sur dossier paraît avoir été décisif pour l'OAI-FR, se fondant dans l'octroi de la rente entière sur l'expertise de 1997, au vu des pièces au dossier de l'époque du fait qu'aucun autre rapport médical y fait suite avant la décision d'octroi de rente par l'OAI-FR (cf. not. OAIE Vol. 1 pces 40, 55, 138, 57).

12.3 Il appert du rapport d'expertise de la CCR du 9 octobre 2006 le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites non déficitaires sur troubles statiques et dégénératifs dorso-lombaires et protrusion anamnestique L4-L5 droite (M51.2), et, parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, notamment celui de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Le trouble somatoforme douloureux ne fut plus retenu. Les experts conclurent que l'intéressé ne présentaient plus les critères requis pour reconnaître une invalidité, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique, qu'il pouvait exercer toute activité légère et adaptée, l'incapacité pour les travaux lourds étant par contre toujours entière (pce OAIE Vol. 1 n° 145). Il est le lieu de relever que le Tribunal fédéral, dans un arrêt rendu en mars 2004 (ATF 130 V 352) avait précisé dans quelle mesure le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant pouvait être considéré comme une atteinte à la santé psychique avec caractère invalidant (jurisprudence actuellement modifiée par l'ATF 141 V 281). Selon les critères alors nouvellement introduits par l'ATF 130 précité, cette affection

n'entraînait pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité sous réserve de l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il indiqua dans un arrêt ultérieur qu'il existait une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1 [jurisprudence actuellement modifiée par l'ATF 141 cité]). Le Tribunal fédéral précisa que la jurisprudence exposée à l'ATF 130 V 352 ne constituait cependant pas un motif suffisant pour révoquer, au titre d'une adaptation à un changement de fondements juridiques des rentes qui avaient été allouées valablement à une époque antérieure (cf. ATF 135 V 201 consid. 5 et 7.2; ATF 135 V 215 consid. 4 et 6.2). La décision de l'OAIE du 12 avril 2007 ne procéda ainsi pas à juste titre à une reconsidération énoncée comme telle.

Dans l'expertise du 9 octobre 2006 l'expert psychiatre (Dr F. _____) indiqua notamment, ayant relevé que l'intéressé n'avait aucune plainte actuelle sur le plan psychique et faisait état d'une parfaite intégration familiale et sociale, que « Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, retenu en 1996-1997, qui s'accompagne d'un sentiment de détresse globale, avec conflit émotionnel et problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par les médecins comme la cause essentielle du trouble, n'est plus pertinent actuellement ; en effet, on est aujourd'hui face à un homme sans plainte psychique spontanée, sans signe évoquant un trouble psychopathologique, sans altération notoire de son fonctionnement personnel. Seule la problématique douloureuse est une constante, empêchant toute démarche d'activité. Ainsi, je retiens ici le diagnostic d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, l'expertisé ayant acquis un statut d'invalidé complètement assimilé depuis près de dix ans, expertisé qui se trouve en équilibre psychique » (OAIE Vol. I pce 140 p. 3 et 4). Cette appréciation établie en 2006 paraît se différencier de celle à l'origine de l'octroi de la rente établie en 1997 en ce sens que la souffrance et le sentiment de détresse évoqués en particulier dans le complément du 9 juillet 1999 des Drs C. _____ et D. _____, établi sur dossier, qui étaient transcrits dans le rapport de 1997 par l'exposé d'une somatisation de la souffrance et de la détresse n'y figurent plus. Mais il sied de relever que si le rapport d'expertise de 1997 n'évoque apparemment pas de « souffrance et de sentiments de détresse », ce rapport exposa en particulier que l'intéressé semblait « privilégier les voies d'expression somatique pour exprimer sa souffrance psychologique », qu'il était difficile de déceler une problématique émotionnelle pouvant jouer un rôle dans les troubles, que l'intéressé n'avait pas de

plainte psychologique, qu'il focalisait sur le plan somatique (OAIE Vol. 1 pce 122 p. 5 s.). Les rapports de 1997 et 1999 firent état d'une souffrance psychologique et d'un sentiment de détresse de l'intéressé ressentis par les experts en 1997, exprimés en termes différents s'agissant de mêmes constats dans les rapports de 1997 et 1999. Dans le rapport de 1997 les experts décrivent le mode de somatisation de la souffrance et du sentiment de détresse. Dans le rapport de 1999 ils en firent part directement précisant n'avoir pas eu de doute quant à celles-ci. Or en 2006 le Dr F. _____ fit état d'un semblable constat en relevant que « on est aujourd'hui face à un homme sans plainte psychique spontanée, sans signe évoquant un trouble psychopathologique, sans altération notoire de son fonctionnement personnel. Seule la problématique douloureuse est une constante, empêchant toute démarche d'activité ». Il s'ensuit que l'on peut retenir des états de santé psychologique en 1997 et 2006 fort semblables, c'est-à-dire ne permettant pas de retenir une amélioration notable.

12.4 L'arrêt de renvoi du Tribunal de céans du 1^{er} décembre 2009 fut motivé par le fait que l'expertise d'octobre 2006 n'avait pas été étayée avec un examen et une motivation probante le nouveau diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques remplaçant celui de trouble somatoforme douloureux au vu des status psychologiques décrits fort semblables en 1997 et 2006 et par le fait que les appréciations des médecins psychiatres selon lesquelles, d'une part, seule la problématique douloureuse était une constante, empêchant toute démarche d'activité et, d'autre part, que l'expertisé ayant acquis un statut d'invalidé complètement assimilé depuis près de dix ans, il se trouvait en équilibre psychique, étaient en contradiction avec le fait de reconnaître chez l'assuré une amélioration notable de son état de santé au sens de l'art. 17 LPG. Pour ces raisons l'OAIE, dans le cadre du nouveau mandat d'expertise, requit des experts de motiver et détailler les éventuelles améliorations de l'état de santé et indiqua qu'une copie du jugement de ce tribunal leur sera transmise dès l'autorisation de l'assuré reçue. L'envoi précité intervint le 29 avril 2010 aux fins de permettre aux experts d'établir une expertise propre à répondre aux questions ayant motivé le renvoi de la cause à l'instance inférieure.

12.5 Dans l'expertise de 2010 les experts retinrent les diagnostics de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, de surcharge pondérale, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques de début indéterminé et de dysthymie depuis 2007. Ils relevèrent que les plaintes de l'intéressé sur le plan rhumatologique n'avaient pas vraiment changé depuis 1995, les douleurs étant énoncées quotidiennes

plus ou moins intenses, l'intéressé indiquant cependant s'être habitué aux lombalgies qui ne le gênaient plus beaucoup. S'agissant de la dysthymie retenue ils indiquèrent qu'elle était une affection légère qui s'inscrivait dans le contexte d'incertitude financière suite à la suppression des prestations d'invalidité, que par ailleurs le seuil diagnostique d'un épisode dépressif majeur n'était pas atteint, qu'il y avait un trouble d'adaptation d'évolution chronique responsable de la dysthymie (F34.1). S'agissant de la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) ils indiquèrent qu'elle ne justifiait pas une incapacité de travail. En conséquence les experts conclurent à une capacité de travail de 100% dans des activités adaptées, évitant le port de lourdes charges, les mouvements répétitifs de rotation du tronc ou en flexion-extension ainsi que les positions statiques prolongées en porte-à-faux avec le haut du corps. Ils précisèrent que leur appréciation correspondait à celle de la CRR en 2006 mais n'indiquèrent pas expressément ni ne motivèrent une amélioration notable de l'état de santé de l'intéressé depuis 1997. Ils ne développèrent pas les motifs pour lesquels le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant retenu en 1997 n'était plus retenu au profit de celui de majoration de troubles physiques pour des motifs psychologiques depuis 2006 si ce n'est en relevant que l'on était nouvellement face à un homme sans plainte psychique spontanée, sans signe évoquant un trouble psychopathologique, sans altération notoire de son fonctionnement personnel. Or, en plus d'énoncer un diagnostic proche de celui retenu en 1997, en précisant que leur appréciation correspondait à celle des experts de 2006, les experts de 2010 ont aussi réitéré les appréciations selon lesquelles seule la problématique douloureuse était une constante, empêchant toute démarche d'activité et, d'autre part, que l'expertisé ayant acquis un statut d'invalidé complètement assimilé depuis près de dix ans, en l'occurrence 14 ans en 2010, il se trouvait en équilibre psychique. Cette réitération implicite de l'appréciation des experts de 2006 n'a par ailleurs pas été dissipée par les experts dans l'expertise de 2010 du fait qu'ils n'ont pas discuté l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 1997 afin de permettre de mieux comprendre le changement de diagnostic intervenu depuis 1997, implicitement une amélioration notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA, alors même que les experts de 2006 avaient fait état d'un tableau clinique stable fixé depuis plusieurs années, d'une installation dans un statut d'invalidé parallèlement à la constatation d'un état de santé psychique sans surcharge psychogène. Certes la Dre I. _____, médecine interne, dans un rapport détaillé du 17 janvier 2011, cependant non complété d'une prise de position d'un médecin psychiatre du SMR avant la décision de l'OAIE, a discuté les états de santé de 1997, 2006 et 2010 et établi de son appréciation l'existence d'une amélioration notable de l'état de santé en 2006 par rapport à 1997 confirmée

en 2010 au sens de la confirmation d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, affection non invalidante, et d'une dysthymie, affection légère sans gravité significative selon ses termes. Toutefois la conclusion d'une amélioration de l'état de santé ne ressort pas du rapport d'expertise de 2010 en tant que conclusion explicite et motivée du dit rapport et ne peut dès lors être retenue par le Tribunal de céans comme cela avait été le cas dans l'arrêt du 1^{er} décembre 2009 de ce tribunal. En effet les médecins du SMR ne peuvent poser de nouvelles conclusions sur la base des rapports d'expertises produits (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1 ; cf. supra consid. 8.2). Si ceux-ci ne répondent pas clairement aux questions posées par le mandat d'expertise il leur appartient de relever les questions restées sans réponse et de requérir des experts qu'ils remplissent leur mandat pour lequel ils ont été mandatés, en d'autres termes ils doivent requérir un complément d'expertise ou un complément à l'expertise produite. Ils ne peuvent compléter par de nouvelles conclusions un rapport d'expertise incomplet et dès lors non probant sans les réponses claires attendues des experts ou l'indication desdits experts des raisons pour lesquelles il ne peut être donné une réponse claire à la ou aux questions posées. Si les experts ne peuvent se prononcer clairement il leur appartient d'en donner les raisons (cf. GABRIELA RIEMER-KAFKA, Expertises en médecine des assurances, 2^e éd. 2012, p. 55). Ils ne peuvent laisser sans réponse une question expressément posée, car en ce faisant l'expertise en devient incomplète et voire non probante.

12.6 Dans l'arrêt de renvoi du Tribunal de céans du 13 avril 2013 ce tribunal ne se prononça pas sur la valeur probante de l'expertise de 2010 du fait du renvoi proposé par le service médical de l'OAIE, respectivement l'OAIE. Il requit sur le plan psychiatrique, un complément d'examen relativement aux diagnostics posés par le Dr J._____ dans son rapport du 15 juillet 2012, qui, en sus de la dysthymie également diagnostiquée par les experts du CEMed, indiqua un « bouleversement dépressif récurrent », auquel seraient associés des épisodes dépressifs « mineurs » ou « majeurs » (avec état fonctionnel dépressif, idéation passive et active de suicide et symptômes parfois de niveau psychotique) et des comportements phobico-anxieux, avec anxiété paroxystique épisodique, qui laisseraient apparaître un « développement neurotico-vital » (sic), sur un fond dysthymique de base, avec tendance à la chronicité, dans le cadre d'une existence pauvre en gratifications affectives, atteintes qui seraient incapacitantes. Sur le plan somatique l'arrêt de renvoi requit une actualisation du diagnostic retenu.

12.7 Dans leur rapport d'expertise du 12 février 2014 les experts du CE-Med retinrent les diagnostics de dysthymie, de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0) et également de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ils répondirent comme suit aux questions soulevées par le Dr P. _____ dans sa prise de position du 15 septembre 2012 en se référant au corps de l'expertise : « Comme nous l'avons signalé plus haut, notre examen psychiatrique est superposable à ceux de nos confrères en 2006 et 2010, hormis le constat d'une humeur modérément dépressive et d'un léger ralentissement psychomoteur. L'expertisé dit avoir été très affecté par la décision de suppression de rente en 2011 mais en même temps affirme se sentir plus détendu en général depuis l'augmentation de l'Alprazolam® dès 2010. A l'anamnèse, l'état thymique ne s'est pas drastiquement péjoré depuis l'expertise psychiatrique de 2010 (aucune hospitalisation en milieu psychiatrique, aucun épisode dépressif clairement délimité). Nous ne retenons pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent en plus de la dysthymie déjà diagnostiquée par le Dr K. _____ et le psychiatre traitant de Monsieur A. _____ » (OAIE Vol. 2 pce 29 p. 22). Il appert de ces constats une certaine péjoration de l'état de santé par l'indication « hormis le constat d'une humeur modérément dépressive et d'un léger ralentissement psychomoteur », constats que l'on retrouve d'ailleurs dans les rapports du Dr J. _____ et du Prof. S. _____, lequel fait état de symptômes dépressifs et de difficultés fonctionnelles. La question de savoir s'il s'agit contrairement à l'avis des experts CEMed d'une péjoration notable (cf. l'art. 17 LPGa) de l'état thymique du recourant peut être laissée ouverte, la question litigieuse étant celle de savoir s'il y a eu une amélioration de l'état de santé depuis 1997.

S'agissant de l'expertise CEMed 2014 il y a lieu de relever qu'à nouveau les experts bien que retenant en 2014 un status qualifiable de plus ou moins superposable à ceux de 2006 et 2010, sans péjoration grave entre 2010 et 2014 (cf. supra 12.7 in initio), n'ont ni indiqué ni discuté une amélioration notable de l'état de santé de l'intéressé depuis 1997. Certes la Dre I. _____ reprit dans son rapport du 6 mars 2014 les diagnostics retenus par les experts et les constatations faites qu'elle compara avec celles des expertises précédentes qu'elle mit aussi en relation avec les rapports médicaux du Dr N. _____ des 6 avril 2011 et 16 juillet 2012, analyse qu'elle indiqua que les experts n'avaient pas effectuée, pour démontrer de son appréciation une amélioration de l'état de santé de l'intéressé depuis 1997, mais en ce faisant la Dre I. _____ a outrepassé son mandat de médecin SMR ensuite d'un rapport d'expertise. Constatant que le rapport d'expertise CEMed 2014 ne répondait pas aussi à la question de savoir s'il pouvait être retenu une amélioration notable de l'état de santé de l'intéressé depuis

1997, bien que le rapport CEMed ait confirmé un status superposable à ceux de 2006 et 2010, elle se devait de requérir des experts un complément à leur expertise et ne pouvait elle-même apporter de nouvelles conclusions à leur rapport d'experts (cf. supra consid. 8.2). Il en va de même du rapport du Dr P. _____ qui ne pouvait conclure à une amélioration de l'état de santé de l'assuré depuis 1997, en tant que nouvelle conclusion, alors que les experts ne s'étaient pas prononcés sur cette question. En confirmant un état stabilisé depuis 2006, le Dr P. _____ a par ailleurs aussi confirmé, comme l'ont relevé les experts en 2006, que seule la problématique douloureuse était une constante, empêchant toute démarche d'activité et, d'autre part, que l'expertisé ayant acquis un statut d'invalidé complètement assimilé depuis près de dix ans, en l'occurrence 18 ans en 2014, il se trouvait en équilibre psychique.

12.8 Vu ce qui précède c'est à juste titre que le recourant émit le grief que le nouveau rapport d'expertise CEMed 2014 n'avait pas complété le précédent, mais seulement confirmé ce dernier. L'expertise CEMed 2014 en tant que telle confirme effectivement les deux expertises précédentes sans pourtant démontrer une amélioration de santé notable intervenue depuis 1997. Les réponses expresses aux questions posées aux experts de l'expertise CEMed 2014 à lire en référence à la précédente expertise de 2010 soulignent que l'intéressé n'a pas connu une péjoration durable de son état de santé depuis l'expertise de 2010.

Le Tribunal de céans à lecture des rapports d'experts de 1997, 2006, 2010 et 2014 ne constate pas une amélioration de santé notable entre 1997 et 2006 ni ultérieurement, mais bien un status somatique et psychiatrique constant (cf. supra consid. 11.3). On peut certes se demander s'il fonde le droit à une rente d'invalidité notamment depuis le 1^{er} juin 2007, mais force est de constater qu'une amélioration de l'état de santé notable au sens de l'art. 17 LPGA n'a pas été démontrée. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 125 I 127 consid. 6c/cc p. 135). In casu une nouvelle expertise médicale quant à l'existence d'une amélioration de l'état de santé entre 1997 et 2006 après trois expertises médicales successives et une procédure ayant déjà duré plus de 10 ans n'apporterait pas la preuve d'une amélioration notable de l'état de santé entre 1997, 2006, 2010 et 2014 compte tenu desdits rapports mêmes. En

l'absence d'une amélioration de l'état de santé établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base de l'art. 17 LPGA, il s'ensuit que la rente allouée par les décisions du 9 mars 2000 doit être reconduite au-delà du 1^{er} juin 2007.

Enfin, il sied de relever que les dispositions finales de la 6^e révision (premier volet) de la LAI, permettant, dans le délai légal desdites dispositions (du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2014), si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, de réduire ou supprimer une rente octroyée en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique même si les conditions de l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies, ne sont in casu pas applicables du fait du droit à la rente de l'intéressé à compter du 1^{er} novembre 1996 (cf. ATF 139 V 442 consid. 3 et 4) et la révision initiée avant l'entrée en vigueur des dispositions finales précitées. En effet, dans de tels cas la date du 1^{er} janvier 2012 constitue le point de rattachement fictif pour l'établissement de la durée déterminante de perception de la rente sous l'angle de l'applicabilité des dispositions finales de la 6^e révision (premier volet ; cf. ATF 140 V 15 consid. 5). Vu de plus que selon l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes en vertu desdites dispositions ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification (1^{er} janvier 2012) ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de la procédure de révision, la deuxième condition est in casu déterminante, l'assuré ayant perçu jusqu'au 1^{er} janvier 2012 une rente depuis plus de 15 ans, le fait que le droit à la rente depuis le 1^{er} juin 2007 ait été suspendu du fait des recours interjetés n'est pas relevant.

Par ailleurs, et par rapport à la décision d'octroi de rente, les conditions d'application de l'art. 53 al. 2 LPGA, permettant de revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable et qui n'ont pas encore été soumises à un contrôle judiciaire (ATF 127 V 466 consid. 2c ; arrêt du TF I 393/04 du 7 décembre 2004 consid. 3), ne sont pas non plus remplies en l'espèce. En effet l'octroi de la rente par les décisions du 9 mars 2000 (cf. supra A.a) ne saurait être qualifiée de manifestement erronée, l'octroi s'étant fondé sur la base d'une expertise rhumatologique et d'une expertise psychiatrique. Pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (ATF 140 V 85 consid.

4.2 p. 87 et la référence ; arrêt du TF 9C_265/2016 du 16 août 2016 consid. 4.3).

13.

Vu ce qui précède le recours contre la décision du 30 juin 2014 doit être admis et ladite décision supprimant la rente au 1^{er} juin 2007 annulée. Compte tenu des trois expertises de 2006, 2010 et 2014 n'ayant pu démontrer une amélioration notable de l'état de santé de l'intéressé au sens de l'art. 17 LPGA depuis 1997 il y a lieu de maintenir le droit à une rente entière de l'assuré au-delà du 1^{er} juin 2007.

14.

14.1 Vu l'issue du recours il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA). L'avance de frais de 400.- francs fournie par le recourant en cours de procédure lui est restituée.

14.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2^e phr.). En l'espèce, le recourant ayant agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel n'ayant pas produit de note d'honoraires, il est alloué à la partie recourante une indemnité de dépens de 2'500.- francs non soumises à la TVA (art. 1^{er} et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure tenant compte de l'issue du recours, de l'importance et de la complexité de la cause sans égard à la valeur litigieuse, du travail effectué nécessaire et du temps consacré par le représentant du recourant (en l'occurrence le recours contre la décision attaquée).

(Le dispositif figure sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision attaquée de l'OAIE du 30 juin 2014 est annulée. Le recourant a droit au maintien de sa rente au-delà du 1^{er} juin 2007.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais versée par le recourant, d'un montant de Fr. 400.-, lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de 2'500.- francs à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (N° de réf. _ ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

Le président du collège :

Le greffier :

Christoph Rohrer

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :